Директору ГБОУ Школа № 460

Голубевой О.В.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес регистрации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу предоставить моему ребенку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

учащемуся/учащейся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_класса, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения,

обучающемуся/обучающейся с ограниченными возможностями здоровья,

специальные условия обучения и воспитания на основании заключения ЦПМПК города Москвы №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года и/или индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида (ИПР), выдаваемой Федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы (карта №\_\_\_\_\_\_ к Акту освидетельствования №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2015 года) в 2015/2016 учебном году.

С условием подтверждения/изменения/уточнения образовательного маршрута ознакомлен и согласен.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись с расшифровкой)